Lane Medical Library
STANFORD UNIVERSITY
JUN
20
1938
LIBRARY

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke
des Heeres-Standortlazaretts München I
Leiter: Stabsarzt Dr. Bernhard
Referent: Dozent Dr. Vonkennel

Das Krankheitsbild des Lupus erythematodes hypertrophicus

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und

einer hohen Medizinischen Fakultät der Bayrischen

Ludwig-Maximilian-Universität zu München

vorgelegt von

Heinz Conrad

Darmstadt

Buchdruckerei Hans Händl, München, Corneliusstr. 23

1937

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153302_0310

Es gibt wenige Hautkrankheiten, deren klinisches Bild so wechselnd und so vielgestaltig ist, wie das des Lupus erythematodes.

Betrachten wir zunächst die häufigste Form. Sie ist gekennzeichnet durch drei Merkmale: Hyperkeratose, randständiges Erythem und zentrale Atrophie. Der frische, noch fortschreitende Prozeß zeigt dementsprechend ein dellenförmig eingesunkenes Zentrum, das schon frühzeitig eine feine Atrophie aufweist. Meist bedeckt es sich im weiteren Verlauf mit einer trockenen, weißen Schuppe, an deren Unterseite sich zapfenartige Fortsätze befinden. Ihnen entsprechen Vertiefungen der darunter liegenden Haut, meist Follikelöffnungen. Die Haut bekommt durch die vielen kleinen Krater das Aussehen einer Orangenschale. Beim Entfernen der Schuppen durch Kratzen entstehen kleine punktförmige Blutungen. Der frische Herd ist durch einen erythematösen Saum begrenzt, der sowohl gegen das Zentrum, wie gegen die umgebende gesunde Haut leicht erhaben ist und mäßige Infiltration zeigt. Seine Oberfläche ist entweder ganz glatt oder, was meistens der Fall ist, mit zahlreichen weißen oder schwarzen Komedonen-ähnlichen Pröpfen bedeckt. Häufig beobachtet man in der Randzone und ab und zu auch in der benachbarten gesunden Haut feine Teleangiektasien und punktförmige Blutungen. Die Lokalisation läßt häufig die sogenannte Schmetterlingsform erkennen, das heißt der Herd beginnt auf der Nase und breitet sich symmetrisch auf beide Wangen aus und ähnelt dadurch in seiner Gestalt einem Schmetterling. Doch sind Abweichungen häufig, oft ist die Stirnhaargrenze befallen, seltener der behaarte Kopf, ebensoselten Hände und Füße.

Der Verlauf der Krankheit ist der, daß der Saum allmählich abblaßt, so daß nur noch die Hornpfröpfe, die erweiterten Follikel und die feinen Teleangiektasien zu sehen sind, während das Zentrum mit Schuppen bedeckt ist. Diese werden allmählich dicker, nehmen meist eine graubraune Farbe an, sind fettig (seborrhoea congestiva)

oder sie bleiben weiß und sind trocken wie Schlangenleder. Es tritt Stillstand des Wachstums ein meist gleichzeitig mit dem Verschwinden des roten Saumes. Die Ausheilung erfolgt in Form einer feinen narbigen Atrophie.

Neben diesem häufigsten Bild des Lupus erythematodes unterscheiden wir abweichend von diesem noch folgende seltenere Formen:

1. Die oberflächliche Form, die charakterisiert ist durch rote Flecken, die meist langsam, oft rasch sich nach der Peripherie ausbreiten. Das Auftreten ist ebenfalls symmetrisch, die Oberfläche ist entweder ganz glatt oder mit feinen weißen Schuppen bedeckt. Die Abheilung dieser Form kann ohne Atrophie erfolgen.

2. Das als Lupus erythematoacneique von Hardy beschriebene Krankheitsbild. Es stellt sich dar als akneartige Knötchen und Grübchen, die mit hyperkeratotischen Massen gefüllt sind. Es besteht dabei mäßige Rötung des Herdes, Schuppung pflegt nicht vorhanden zu sein.

3. Das Ulerythema acneiforme von Unna.

Hier fehlt das Erythem ganz und es sind lediglich zahlreiche in Gruppen angeordnete Komedonen zu erkennen.

4. Fälle, die Primäreffloreszenzen anderer Hautkrankheiten ähneln, z. B. Psoriasis, Lichen, Herpes Iris. Hierher gehören auch die quaddelartigen Formen, wie das Ulerythema papulatum centrifugum (Unna).

5. Der Lupus erythematodes profundus zeichnet sich aus durch starke Infiltration, ist von bläulichroter Farbe infolge der ausgedehnten Vascularisation. Wie der Name sagt, reicht der Prozeß zwei bis drei Millimeter in die Tiefe der Haut und des Unterhautgewebes, ja, er kann sogar, z. B. an der Wange, bis zur Mundschleimhaut durchbrechen. Infolge der starken ödematösen Durchtränkung des Gewebes fühlen sich die Herde derb an. Die Oberfläche ist ebenso, wie die Begrenzung unregelmäßig, die erweiterten Follikel sind infolge der intensiven Infiltration nicht so deutlich zu erkennen, wie bei der häufigen Form des Lupus erythematodes. Auch fehlt die sonst zu beobachtende Schuppung bei diesem Krankheitsbild. In einem gewissen Gegensatz zu dieser letztbeschriebenen Form

steht jene, die Leßer erstmals als Lupus erythematodes hypertrophicus beschrieben hat und der verschiedene andere bereits in der Literatur beschriebene Fälle entsprechen. Ein Bild, das zweifellos in diese Gruppe gehört und Mitte Januar auf hiesiger Abteilung zur Beobachtung gelangte, soll im Folgenden dargestellt werden.

Bei unserem Patienten handelt es sich um einen 22jährigen Obergefreiten der Luftwaffe, der im Zivilberuf Porzellanmacher ist. Die Familienanamnese ergibt nichts besonderes, die Eltern sind angeblich gesund, es sind vier Geschwister vorhanden. Ein Bruder hat einmal einen Ausschlag gehabt, der aber ganz anders ausgesehen habe und nach Höhensonnenbestrahlungen wieder verschwunden sei. Patient selbst war bis zum Beginn der jetzigen Krankheit nie ernstlich krank. Kinderkrankheiten werden verneint, ebenso ist er nie lungenkrank gewesen.

Die Krankheit begann im Herbst 1934 mit einer kleinen, pfenniggroßen Hautpartie auf der Mitte des Nasenrückens. Der Herd zeigte zunächst keine Tendenz zum Fortschreiten, jedoch wechselte die anfangs hellrote Farbe allmählich ins Dunkelrote und schließlich ins Bläuliche, um gegen das Frühjahr 1936 zu wieder abzublassen und zwar so stark, daß die Stelle kaum mehr sichtbar und nur noch als leichte Rötung zu erkennen war. Dieser Zustand dauerte nicht lange. Im Anschluß an häufige Sonnenbäder im Juni 1935 trat wieder Zunahme der Rötung ein. Jetzt zeigte der Prozeß auch Neigung sich auszudehnen und zwar bis zur Nasenspitze und den Nasenwinkeln beiderseits. Der Patient begab sich deshalb zum Arzt. Dieser diagnostizierte angeblich ein Erysipel und empfahl Behandlung mit Ichthyol pur. und Borglycerin. Im Anschluß an die etwa zehntägige Behandlung traten auch auf beiden Wangen rosarote Flecke auf, die im Verlaufe der nächsten Tage eine rote Farbe annahmen und weiße Schuppen trugen. Die anfangs getrennten Herde liefen allmählich ineinander über. Im Juli 1935 wurde er dann drei Wochen mit Höhensonnenbestrahlungen behandelt, die zur Folge hatten, daß alle Herde abblaßten. Die Besserung hielt bis zum Dezember 1935 an, dann stellte sich wieder Zunahme der Rötung ein und die Herde dehnten sich weiter aus und zwar jetzt bis auf

die unteren Augenlider. Die Herde zeigten dann den Winter über nicht immer die gleiche Färbung, sondern waren zeitweise blaßrot, blaurot. Die Behandlung bestand während dieser Zeit aus einer Ichthyolmaske über die Nacht, ließ jedoch keinen Erfolg erkennen. Deshalb begab sich Patient im Frühjahr 1936 in Behandlung eines Facharztes in Regensburg. Dieser verordnete Wechselbäder und trug eine dem Patienten unbekannte Flüssigkeit auf die Krankheitsherde auf. Eine Besserung blieb jedoch auch hiernach aus. Vielmehr bemerkte der Kranke etwa von September 1936 ab, daß die einzelnen Plaques erhabener wurden und über das gesunde Hautniveau hervorragten. Gleichzeitig traten neue Herde auf beiden Wangen lateral von den alten unmittelbar vor beiden Gehörgängen auf. Die Herde zeigten bis auf die zuletzt aufgetretenen jetzt durchwegs eine bläulichrote Farbe. Subjektiv machten die Herde während des ganzen Verlaufs der Krankheit wenig Beschwerde, lediglich bei Witterungswechsel und bei Übergang von Kälte in Wärme war leichter Juckreiz verspürbar. Auch sonst fühlte sich Patient nie krank. Von Gewichtsabnahme wurde nichts bemerkt, ebensowenig litt er an Nachtschweißen.

Bei der Aufnahme bot sich folgendes Bild:

Die Haut der ganzen Nase bis zur Nasenwurzel, beider Jochbeingegenden bis zu den unteren Lidrändern, beider Wangen bis nahe zu den äußeren Gehörgängen und beiden Unterkieferästen reichend, und der Oberlippe war von dem Krankheitsprozeß bereits ergriffen. Die Lokalisation ist streng symmetrisch; lediglich links reicht die Grenze etwas weiter nach abwärts und median und erreicht fast die Kinnspitze. Die Begrenzung ist scharf gegen die gesunde Haut abgesetzt, der Hauptherd, der Nase, Wangen und Jochbeingegenden einnimmt, löst sich gegen die beiden Gehörgänge zu in verschiedene Einzelherde auf, die etwa pfennig- bis linsengroß sind. Auch sie sind ganz scharf gegen die sie umgebende, völlig normale Haut begrenzt. Die Farbe der Herde ist nicht einheitlich. Und zwar ist die obere Hälfte der Nase, die Stellen unter den Augen und oberhalb der Oberlippe dunkelrot, die übrigen Partien, also die untere Nasenhälfte und die Wangen mehr blaurot gefärbt. Die

Farbe und die Form ähnelt dadurch der eines Haemangioma simplex hypertrophicum. Die Gesamtheit der erkrankten Stellen ist gegen die gesunde Haut mehr oder weniger erhaben, im Mittel etwa 1—2 Millimeter. Am stärksten ist der Niveauunterschied, wie auf dem Bilde ersichtlich, am Kinn, an den Nasenwinkeln und an den anscheinend jüngsten Einzelherden vor beiden Ohren, gering dagegen unter den Augenlidern. Die Oberfläche des Krankheitsherdes ist ebenfalls nicht gleichmäßig beschaffen. Die untere Nasenhälfte und die Wangenpartien lassen zahlreiche kleine kraterartige Vertiefungen erkennen, anscheinend erweiterte Follikel. Durch diese vielen kleinen Kraterchen hat die Oberfläche die für den Lupus erythematodes charakteristische Ähnlichkeit mit einer Orangenschale. Anders die übrigen Herde. Besonders unter beiden Augen und auf dem Nasenrücken ist die Hautoberfläche glatt und glänzend, wie eine feine Narbe. Die Infiltration fehlt hier, die Epidermis ist sehr dünn. Die normalerweise polygonale Hautfelderung ist hier ebensowenig vorhanden, wie Follikelöffnungen. Schuppenbildung ist, wenn auch in geringem Maße zu beobachten. Und zwar ist die Jochbeingegend beiderseits von einer papierdünnen weißen zusammenhängenden Schuppe bedeckt. Wenn man sie durch Kratzen entfernt, so treten leichte punktförmige Blutungen auf. Die für den Lupus erythematodes charakteristischen zapfenartigen Fortsätze auf der Unterseite der Schuppe konnten nicht gefunden werden, Die übrigen Bezirke sind jedoch frei von Schuppen und blieben es auch während des ganzen Krankheitsverlaufs. Das Auffälligste an dem ganzen Krankheitsbild ist zweifellos der enorme Gefäßreichtum, der schon in der wechselnden, bis ins dunkelblaurote spielenden Farben zum Ausdruck kommt. Der Kontraktionszustand der erweiterten Hautgefäße ist sehr stark von Witterungs- und sonstigen Einflüssen abhängig und dementsprechend ändert sich auch die Farbe der Herde. An der unteren Hälfte der Nase und den Partien auf beiden Wangen ist eine feine Gefäßzeichnung erkennbar in Gestalt kleiner Sternchen und feiner, dunkelroter geschlängelter Linien. Daß die dunkelblaurote Farbe auf den Gefäßreichtum zurückzuführen ist, ergibt sich daraus, daß sie bei Druck

mit dem Glasspatel verschwindet und nur die braunrote Farbe des lupösen Gewebes übrigbleibt. Schließlich sei noch die Konsistenz erwähnt, Bei Palpation mit zwei Fingern erweisen sich die Herde infolge der starken Infiltration als ziemlich derbe, harte Knoten, lediglich die obere Nasenpartie und die Partien unter den Augen sind weicher.

Über den Verlauf der Erkrankung vom Beginn der Behandlung ab sei kurz folgendes gesagt:

Auf lokale Behandlung wurde zunächst verzichtet und sofort die Behandlung mit Injektionen von Goldpräparaten aufgenommen. Verwendet wurde das neue Präparat Neosolganal — ein Calciumgoldkeratinat — zur intravenösen Injektion. Es wurde begonnen mit der Anfangsdosis 0,01 und bei jeder Injektion um dieselbe Menge gesteigert bis 0,1, dann jedesmal um 0,1 steigend bis 1,0, dann 3 × 1,0 und schließlich 3 × 1,5. Insgesamt wurden 30 In-

jektionen dieses Präparates verabreicht. Dann erfolgte Wechsel des Präparates und die Injektionsbehandlung wurde fortgesetzt mit Solganal B oleosum (Goldthiozucker), das in ähnlicher Weise gegeben wurde. Die Injektionen erfolgten in der Regel zweimal wöchentlich, doch wurde an dem Schema nicht streng festgehalten, da auf die Reaktion des erkrankten Gewebes öfters Rücksicht genommen werden mußte. Die ersten makroskopisch wahrnehmbaren Rückbildungserscheinungen setzten bereits nach den ersten Injektionen, etwa 14 Tage nach Beginn der Behandlung ein. Es fiel auf, daß die Farbe des Gesamtherdes heller geworden ist und die Schuppen sind abgefallen. Auch die Rückentwicklung der Infiltration ist bereits zu erkennen. Sie beginnt, entsprechend dem Heilverlauf des Lupus erythematodes von den zentralen Partien, nämlich der Nase und den unteren Augenlidern. In der fünften Woche haben wir neue Zeichen der Rückbildung. An einigen Stellen, so an der Nase, an der linken Wange und der Ober- und Unterlippe sind kleine spontane Blutungen aufgetreten, die entsprechend dem stark vaskulatisierten Gewebe ziemlich erheblich sind. Da sie stärker werden und zudem eine Angina follikularis vorhanden ist, wird für etwa 14 Tage mit der Behandlung ausgesetzt und lokal Borsalbenverbände angewandt. Die Blutungen lassen bald nach, es wird stattdessen aus den sich vergrößernden Stellen eine seröse, gelbliche Flüssigkeit abgeschieden, die zu gelben Borken eintrocknet. Subjektiv wird ein erhebliches Brennen und Spannen der Haut empfunden. Dieses Stadium dauert etwa eine Woche, dann setzt Überkrustung und Heilung ein. In der achten Woche beginnt dann auch die Rückbildung an den Randpartien. Der Niveauunterschied nimmt ab, die Farbe spielt mehr in bläulichweiße, die Konsistenz wird deutlich weicher. Am weitesten in der Heilung fortgeschritten bleiben immer die Herde am Nasenrücken und unter den Augen, das feine narbige Endstadium ist hier bereits deutlich ausgeprägt. In der elften Woche ist der bläuliche Farbton ebenso wie die feine Gefäßzeichnung ganz verschwunden. Eine Erhabenheit gegenüber der gesunden Haut läßt sich kaum mehr feststellen. Um die einzelnen Krankheitsherde nimmt die gesunde

Haut jetzt einen braunen Farbton an, der in den nächsten Wochen zunimmt. Von nun an geht die Rückbildung etwas langsamer vor sich und ist weniger auffällig. Die Farbe ist jetzt mehr rosa. Nach fünf Monaten ist der Zustand folgender:

Die Farbe ist allgemein rosa, die der umgebenden Haut hellbraun. Narbiges Endstadium auf der Nase und unter den Augen. Abflachung des ganzen Herdes bis zum Niveau der gesunden Umgebung. Die Oberfläche zeigt an der Oberlippe eine etwas runzelige Beschaffenheit, weist aber mit Ausnahme der vorerwähnten narbigen Partien keine Veränderungen mehr auf. Die erweiterten Follikel und die Schuppen sind verschwunden, ebenso sind die Kapillarektasien nicht mehr zu sehen. Die Konsistenz des ganzen Herdes ist weich. Subjektiv werden keine Empfindungen wahrgenommen.

Auf folgende klinische Untersuchungsergebnisse sei noch kurz hingewiesen:

Das Blutbild wies zu Anfang eine geringe Lymphozytose von 36.5 % auf, war bei späteren Kontrollen jedoch annähernd normal.

Die Blutsenkung war dauernd beschleunigt, im Mittel etwa 60/80 mm.

Die Röntgendurchleuchtung der Lunge ergab keinen Anhaltspunkt für einen bestehenden tuberkulösen Prozeß.

Die Wassermannsche Reaktion war negativ.

Eine histologische Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden.

Bei Einsichtnahme in das Schrifttum finden sich acht schon früher beschriebene Fälle, die unserm Krankheitsbild im wesentlichen conform zu sein scheinen. Sie sollen hier kurz geschildert werden.

1. Kren demonstriert in der Sitzung der Wiener Dermatologischen Gesellschaft vom 17. I. 12 aus der Klinik Prof. Riel zwei Fälle:

Eine 23jährige Patientin, die vor vier Wochen an einer, wie sie selbst sagt, rotlaufähnlichen Affektion der rechten Wange erkrankt ist, die aber seit dieser Zeit sich über die ganze Nase und nun auch über die linke Wange erstreckt.

Man sieht eine ziemlich scharf abgegrenzte Rötung und tastet an dieser Stelle ein derbes Infiltrat, das beim Verdrängen der Hyperämie einen blaßbräunlichen Ton hinterläßt. Zwei ca. kronenstückgroße Herde der Nase weisen auch schon zarte Athrophie auf. Er kommt deshalb zu der Diagnose Erysipelas perstans, d. h. Lupus erythematodes.

2. Eine 73jährige Frau, die Ende des vorigen Jahres mit Schwellung der beiden Hände erkrankt ist. Ende November konnte man an den Streckseiten der meisten Finger ziemlich derbe flacherhabene Knoten von blauroter Farbe finden, die zentral vielfach gedellt und hier noch intensiver blau gefärbt waren. Die Größe der Knoten schwankte von ca. 1—2.5 cm im Durchmesser. Einige dieser Knoten zeigten auch lamellöse Schuppung. Die meisten Efflorescenzen schwanden an den Händen in wenigen Tagen, einige blieben länger bestehen, andere bestehen noch und sind an den leicht blau verfärbten Flecken, die als Reste ohne Atrophie abgeheilter Knoten aufzufassen sind, neuerdings aufgetreten.

Die Nasenspitze war zur Zeit der Aufnahme mit konfluenten, derben, braunen Infiltratknötchen gleich einem Lupus vulgaris bedeckt. Am 19. 12. erfolgte unter 38,5 Temperatur an dieser Stelle eine helle erysipelähnliche Rötung, aber schon am nächsten Tage konnte man bei wieder normaler Temperatur erkennen, daß unter dem Bilde dieses pseudoerysipels das blaue Infiltrat sich vergrößert hat. Sekundäre Veränderungen wie Schuppung, Ulceration oder Atrophie fehlen stets. Im weiteren Verlauf zeigen auch die Ohrläppchen und der Ohrmuschelrand eine leichte Verdickung, bedingt durch ein blaßbraunes Infiltrat. Ähnliche Erscheinungen wie an den Fingern treten auch an den Zehen auf. Die Umgrenzung der Plaques ist hier weniger scharf. Die Affektion besteht hier hauptsächlich in blauroten Knoten, welche die Umgebung des Nagelfalzes diffus ergriffen haben

Interne Untersuchung ergab dem Senium entsprechend normale Verhältnisse. Die Blutuntersuchung wies außer dem Fehlen der weißen Blutkörperchen keine pathologischen Veränderungen auf. Die Tuberculinreaktion verlief allgemein und lokal negativ.

Durch die histologische Untersuchung konnte Tuberkulose ausgeschlossen werden. Es fanden sich lediglich zwischen die Bindegewebsbündel eingeschlossen scharf abgegrenzte Stränge eines ganz unspezifischen Infiltrats. Aus alldem kam der Vortragende zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines in Knotenform auftretenden Lupus erythematodes.

3. Von Ehrmann und Falkenstein beschrieben in ihrer ausführlichen Arbeit über Lupus erythematodes einen Fall der auch von Königstein in der Wiener dermatologischen Gesellschaft am 12. I. 10 vorgestellt wurde.

Es handelt sich um einen 34jährigen Hilfsarbeiter. Anamnese: Eltern an unbekannter Ursache gestorben. Haut: im Gesicht eine die ganze obere Wangenpartie einnehmende Schwellung beiderseits und blaurote Verfärbung. Dieselbe umgreift gabelförmig die Augenöffnung und setzt sich in Form eines schmalen Streifens bis unter den Unterkiefer nach unten fort. Die Haut namentlich in der Umgebung der Augen ist geschwollen, das normale Aussehen der-

selben über der Schwellung insofern verändert, als zahlreiche tiefe Furchen vorhanden sind und die Herde mit grauweißen Schuppen bedeckt sind. Die Begrenzung ist scharf, nur gegen das Ohr löst sich die Affektion in einzelnen Flecken auf. Die Färbung schwankt von braunrot bis blaurot. Am Helix kommt es zu stärkerer tumorartiger Anschwellung. Die verfärbten Stellen sind mit schmutzigbraunen festhaftenden Schuppen bedeckt, die an einzelnen Stellen zu rasenartigen Gruppen zusammentreten, während an der Ohrmuschel Hornpfropfbildungen zustandegekommen sind. Die Tumorbildungen finden sich ebenfalls an der Stirn, am Hals und an den Extremitäten. Die Hände beiderseits sind cyanotisch gefärbt, die letzten Phalangen aufgetrieben. Die Haut ist verdünnt und mit weißen Schuppen bedeckt. An den Innenseiten der Hände neben Schuppen einige Erosionen. Auch die Tumoren sind ziemlich symmetrisch angeordnet und mit derselben verschiebliche, meist scharf umschriebene Bildungen. Die Haut darüber ist entweder normal oder weist die gleichen Veränderungen auf wie bei den flachen Stellen. Die Tumoren zeigen rhomboide, streifenförmige oder halbkugelige Gestalt und scheinen stellenweise zu konfluieren, so über den Ellenbogengelenken und den Sternokleidomastoidei. An anderen Stellen um einzelne größere Tumoren kleinere geordnet. Am oberen Schultergürtel rechts auf die Außenseite des Oberarms übergreifend, sehen wir fleckenweise, narbige Partien, dieselben meist flach, jedoch an einzelnen Stellen eingezogen und von netzartig erweiterten Venen umschlossen.

Epikrise: Bei dem tuberkulösen Patienten trat vor einem Jahr ein chronischer Lupus erythematodes im Gesicht und auf den Extremitäten auf, der nicht der typischen Form entsprach, sondern mit blauroten scharf umschriebenen Tumorbildungen am Gesicht, auf den Ohren, am Hals und den Extremitäten einherging. Dabei stellten sich im Verlauf der Rückbildung der Tumoren die typischen Narben des gewöhnlichen Lupus erythematodes ein. Die Tumoren gehen völlig zurück und der Kranke verläßt mit typische Lupus erythematodes chronicus das Spital. Die Heilung erfolgte auf Tuberculinbehandlung.

4. In der Sitzung der Wiener Dermatologischen Gesellschaft am 24. V. 27 wurde von Kren der vierte Fall vorgestellt. Ein 30jähriger Patient bei einem über das ganze Gesicht greifenden Lupus erythematodes, der in Form einer fast plattenförmigen Infiltration am Unterkiefer und Nacken scharf abgegrenzt ist; über der Nasenspitze zeigt er die typischen schmutziggrünlichen, festhaftenden, in erweiterten Follikeltrichtern verankerten Schuppenauflagerungen. Vor den Ohren beginnt der in diesem Fall nicht leicht zu diagnostizierende Prozeß bereits atrophisch zu werden.

5. Einen ähnlichen Fall demonstrierte Fischer in der Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vom 13. XII. 27. Es handelt sich um eine 36jährige Patientin. Die Krankheit begann vor 5—6 Jahren. Vom September 1926 an Behandlung mit Triphal, worunter die zum Teil ulcerierten Herde am Kopf abheilten, später aber ohne allerdings geschwürig zu werden, wieder auftreten. Seit Ende 26 hat Patient bis Juni 27 im ganzen noch 14 Krysolganinjektionen in 8—14tägigen Zwischenräumen bekommen, worunter eine wesentliche Besserung eingetreten ist. Dagegen entwickelten sich seit Mai 1927 auf der Brust und am Rücken einzelne scharf abgegrenzte, cutan-subcutane, flache, blaßrote Infiltrationen, die auf Druck schmerzhaft sind und sich vermehrt und bis auf Handtellergröße vergrößert haben. In den letzten Wochen sind solche Knoten auch an der Stirn und an der linken Wange zur Entwicklung gekommen.

Lunge: o B., der rechte Hilusschatten ist verstärkt. Vor 7 Jahren hatte Patient angeblich einen Spitzenkatarrh. Vater und eine Schwester sind an Lungentuberkulose gestorben. Patient leidet an Husten, ohne zur Zeit einen Befund zu bieten und ist in der letzten Zeit abgemagert. Wassermannsche Reaktion negativ. Nach Meinung Fischers sind die Hautinfiltrate als tiefsitzender Lupus erythematodes anzusehen.

6. Zwei weitere Fälle demonstrierte E. Hoffmann, den ersten in der Berliner Dermatologischen Gesellschaftssitzung vom 8. XII. 08 Der 29jährige Patient bemerkte seit Anfang November 1907 eine runde, rote Scheibe an der linken Nasenflügelhaut, die kaum merk-

lich schuppte. Es bot sich bei der Aufnahme am 27. II. 08 folgender Befund: Scharf abgegrenzte, kreisrunde, pfenniggroße, flachkugelig erhabene, rote Scheibe von mäßig derber Beschaffenheit, die bei Glasdruck bis auf leicht gelblichen Farbton verschwindet und nirgends Knötchen erkennen läßt. Die Oberfläche ist trocken und zeigt Kapillarektasien, etwas klaffende Follikel und kleine festhaftende Schüppchen. Auf Druck besteht eine gewisse Empfindlichkeit. Es handelt sich also um ein scheibenförmiges, ödematöses Infiltrat mit feinen follikulären Schüppchen. Irgendwelche Arznei hatte Patient nicht bekommen. Im übrigen ist Patient gesund, jedoch vom Vater mit Tuberkulose belastet. Drüsenanschwellungen oder Zeichen von Lues oder Tuberkulose finden sich bei dem Patienten nicht. Dieser Herd bleibt der einzige und ging auf Behandlung mit Arsen und Quecksilberpflastermull nicht zurück. Die Färbung wurde mehr hellrosa, die follikulären Schüppchen bestanden fort und es zeigten sich an der Peripherie mehr erweiterte Gefäßreiser. Da Hoffmann bei Fällen von multiplem Lupus erythematodes ähnliche Scheiben gesehen hatte, welche auf wenige Finsenbestrahlungen gut heilten, so wurde Mitte Dezember 1907 in achttägigen Intervallen zwei Finsenbestrahlungen (je 1 Stunde) gegeben. Mitte Januar ist völlige Ausheilung mit leichten feinen, oberflächlichen Narben erfolgt. Der Kranke ist seitdem völlig gesund geblieben und zeigt noch heute die nur eben bemerkbaren, weißlichen, oberflächlichen Narben. Eine histologische Untersuchung ist nicht geschehen. Die Diagnose ist bei einem solchen isolierten Herd schwer. Da Leßer und Fischer solche Bildungen bei Lupus erythematodes gesehen haben mit geringen oberflächlichen Veränderungen und prompten Rückgang auf wenige Finsenbestrahlungen, lautete die Diagnose Lupus erythematodes tumidus.

7. Der zweite Fall wurde der Berliner Dermatologischen Gesellschaft am 8. VI. 09 vorgestellt. Es handelt sich hier um eine 30jährige Patientin mit einem markstückgroßen, deutlich erhabenen, kreisrunden, abgesplateten Tumor der Oberlippe. Die Untersuchungsergebnisse hinsichtlich Lues oder Tuberkulose sind negativ. Im Januar 1907 trat in der Mitte der Oberlippe eine rote, flache,

etwas juckende und ganz feine, weiße Schüppchen zeigende Scheibe auf, die allmählich größer und erhabener wurde. Als die Patientin Anfang März zuerst in die Klinik kam, fand man eine markstückgroße, gut 3 mm erhabene, mit scharfem Rand abgesetzte, kreisrunde tumorartige Platte von ziemlich derber Konsistenz, die auf Druck kaum empfindlich war, eine blaurote Färbung (Gefäßektasien) und feinste follikuläre Schüppchen zeigte. Drüsen und sonstige Krankheitserscheinungen waren nicht vorhanden. Es wurde trotz der negativen Anamnese zunächst an Lues gedacht (gummöses Infiltrat), Jodkali hatte jedoch keinen Einfluß. Dann schwankte die Diagnose zwischen Sarkoidtumor und Lupus erythematodes tumidus. Am 1. IV. 07 wurde der ganze Herd exzidiert. Es fand sich ein tiefes, scharf abgegrenztes Infiltrat, das hauptsächlich aus einkernigen Rundzellen bestand, zum Schwund der Talgdrüsen und der meisten Follikel geführt hatte und an einen leukämischen Tumor erinnerte. Daneben war die Epidermis verdünnt, zum Teil parakeratotisch und die obersten, von Infiltraten freien Cutisschichten von leicht narbenähnlicher Beschaffenheit. Die Heilung erfolgte glatt mit schöner weicher Narbe. Das Blut war normal, wies keine Linksverschiebung auf, die Wassermannsche Reaktion war negativ.

8. Der jüngste zur Beobachtung gelangte Fall schließlich wurde von Gohlisch in der Sitzung der Schlesischen Dermatologischen Gesellschaft Breslau vom 12. XII. 36 vorgestellt, unter der Diagnose: Lupus erythematodes profundus. Es handelt sich um eine 35jährige Frau. In den mittleren Anteilen des Gesichts scharf begrenzte, mäßig infiltrierte, mit Hyperkeratosen bedeckten Erytheme, die durch blasige Reaktion nach CO_2 teilweise verdeckt sind. Bemerkenswert sind plattenartig die Cutis durchsetzende Infiltrate von 5-Markstückgröße, die an der rechten Wange, rechten Stirnhälfte und dem medialen Drittel des Unterkiefers lokalisiert sind. Die Oberhaut weist im Bereich der Infiltrate bräunlich-rote Erytheme mit follikulären und flächenhaften Hyperkeratosen, sowie Punktblutungen auf. Unter Berücksichtigung der Leukämieähnlichkeit der Infiltrate wurde Röntgenbestrahlung eingeleitet. Die Erkrankung besteht seit 14 Jahren. Über längere Zeit wurde eine Goldbehandlung

durchgeführt, wodurch aber eine Rückbildung nicht zu erzielen war.

Bei Vergleich des bei uns zur Beobachtung gelangten Krankheitsbildes mit den bereits früher beschriebenen Formen ergeben sich folgende Übereinstimmungen: Was zunächst die Lokalisation anbelangt, so sind fast in allen Fällen Teile des Gesichts ergriffen, teilweise wie in unserem Falle in symmetrischer Ausdehnung. Daneben sind in zwei Fällen die Extremitäten befallen, ferner in je einem Fall Hals, Nacken, Brust und Rücken. Die Begrenzung ist übereinstimmend scharf. Das bei uns beobachtete eigentümliche Bild, daß sich die Affektion gegen die Ohren zu in einzelne Flecken auflöst, findet sich auch in dem von Ehrmann und Falckenstein beschriebenen Fall. Die Farbe wird einheitlich als dunkelrot bezeichnet, jedoch meist hervorgehoben, daß sie in ihrer Intensität häufig wechselt. Im Stadium der Rückbildung wird allgemein baldiges Abblassen des bläulichen Farbtons beobachtet. Bei Spateldruck weicht die blaue Farbe einer mehr gelbbraunen. Der Wechsel des Farbtons scheint bis zu einem gewissen Grad äußeren Einflüssen zu unterliegen, wie Kälte und Wärme. Fast alle Beschreibungen weisen auf die besonders in der Peripherie der Herde vorhandene deutliche Gefäßzeichnung hin. Dieser netzförmige Kranz kleinster erweiterter Venen, der hauptsächlich die jüngsten Herde umgibt, wechselt in seiner Deutlichkeit ebenso wie die Gesamtfarbe tageweis. Die für das Krankheitsbild charakteristische und seine Sonderheit bedingende Erhabenheit der Herde gegenüber der normalen Umgebung wird übereinstimmend betont. Auch wird die Eindellung der bereits in Abheilung begriffenen zentralen Partien in den meisten Fällen beobachtet, desgleichen die Rückkehr des ausgeheilten Herdes in das normale Hautniveau. Bei Betrachtung der Oberfläche imponieren in der Mehrzahl der Fälle die gleichfalls bei uns gesehenen typischen kraterförmigen Follikelerweiterungen. Daneben jedoch sind Bezirke vorhanden, deren Oberfläche kaum verändert erscheint oder aber von Furchen durchzogen ist, die ihr ein etwas runzeliges Aussehen geben. Das Ausheilungsstadium ist gekennzeichnet durch die überall hervorgehobene, feine, oberflach-

liche Narbenbildung, die oft kaum erkennbar ist. Die Narbe ist weich, oft nur durch einen gewissen Glanz bei schräger Aufsicht nachweisbar. Die Schuppenbildung scheint verschieden stark ausgeprägt zu sein. Während sie in unserm Falle nur einen kleinen Teil des Herdes bedeckte und aus kleinen, höchstens linsengroßen Schüppchen bestand, beschreiben z. B. v. Ehrmann und Falkenstein ausgedehnte, dicke, schmutzigbraune, festhaftende Schuppen, die die Herde in ihrer ganzen Ausdehnung überziehen. In der Mehrzahl der Fälle wird allerdings von kleinen, dünnen, weißen, follikulären Schüppchen gesprochen, welche Beobachtung sich mit der unsern deckt. Die Konsistenz ist in allen Fällen mäßig derb, gemäß der neben der Kapillarektasie vorhandenen Infiltration. Neben der Erhabenheit ist sie wohl der Grund für die Bezeichnung des Krankheitsbildes als Lupus erythematodes tumidus, zumal sich der ganze halbkugelige bis plattenförmige Herd nicht gegen die Unterlage schieben läßt. Diese derbe Beschaffenheit nimmt im Verlauf der Heilung ständig ab und ist schließlich nicht mehr vorhanden. Die Druckempfindlichkeit ist, wenn überhaupt vorhanden, im allgemeinen gering. Ein subjektiv öfters empfundenes Jucken findet sich nicht in allen Fällen und tritt hauptsächlich bei raschem Temperaturwechsel in Erscheinung, zweifellos der Ausdruck einer Gefäßreaktion. Angaben über Bestehen eines tuberkulösen Prozesses der Lunge werden nur bei einem Patienten gemacht, doch ist bei zwei anderen die Familienanamnese in dieser Richtung positiv. Bei unserem Patienten bot sich weder in der Familien- noch in der Eigenanamnese ein Anhalt für eine bestehende Tuberkulose.

Vom differentialdiagnostischen Standpunkt ist das gesamte Krankheitsbild wie auch der Krankheitsverlauf ziemlich klar und eindeutig, sodaß sich kaum eine Möglichkeit der Verwechslung bietet. Dem flüchtigen Untersucher könnte lediglich, wie schon erwähnt, eine Verwechslung mit einem hypertropischen Haemongiom unterlaufen, doch wird der eindeutige Befund der Hautoberfläche dieses Urteil bald korrigieren. Wenn auch die blaurote Farbe, die Erhabenheit, die scharfe Abgrenzung, das Abblassen bei Spateldruck

und schließlich vor allem die wechselnde, bald hellrote, bald blaurote Farbe an einem Haemangiom denken läßt, so führen doch die erweiterten Follikel, die kleinen Schüppchen, insbesondere die feine Narbenbildung im Zentrum sofort zur richtigen Diagnose.

Zusammenfassung:

Es wurde berichtet über einen auf der Abteilung für Hautkranke des Heeres-Standortlazaretts München I zur Beobachtung gelangten Fall von Lupus erythematodes hypertrophicus, der im großen und ganzen übereinstimmt mit den bereits früher teils unter demselben, teils unter anderen Namen beschriebenen Krankheitsbildern.

Dieses kann ganz kurz folgendermaßen umrissen werden: Hauptsächlich im Gesicht, doch auch an den Extremitäten, auf Brust und Rücken vorkommend, finden sich in meist symmetrischer Anordnung kreisrunde bis ovale Scheiben, die häufig ineinander übergehen. Sie sind von wechselnd blauroter bis dunkelroter Farbe, scharf gegen die Umgebung begrenzt, von mäßig derber Konsistenz und reichen bis tief in das Unterhautgewebe. Gegenüber der gesunden Haut besteht eine Erhabenheit von etwa 1—3 mm. Die Haut über den Knoten ist nicht verschieblich. Die Oberfläche weist zahlreiche kraterförmig erweiterte Grübchen auf, offensichtlich erweiterte Follikelöffnungen. In den meisten Fällen ist die Oberfläche mit feinen weißen bis grauen Schüppchen von etwa Linsengröße bedeckt bei deren Entfernung es zu kleinen punktförmigen Blutungen kommt. Sie zeigen an ihrer Unterseite bisweilen feine zapfenartige Fortsätze, mit denen sie in die vorerwähnten Kraterchen eingelassen sind. Die zentralen Teile der Herde sind eingesunken. Ihre Oberfläche ist glatt bei schräger Aufsicht glänzend und läßt keine Follikelöffnungen mehr erkennen. Sie gleicht einer feinen Narbe und stellt das Ausheilungsstadium dar. An den Randpartien fällt eine starke Erweiterung der kleinen Hautvenen auf, die in Gestalt kleiner, netzförmig verschlungener, dunkelroter Gefäßreiser sichtbar sind. Die je nach Temperatur und sonstigen Einflüssen wechselnde, bald blaurote, bald dunkelrote Farbe weicht bei Druck mit dem Glasspatel einer mehr gelbbraunen. Subjektiv besteht eine gewisse Druckempfindlichkeit. Die spontane Ausheilung erfolgt,

wenn überhaupt, erst nach langer Zeit und dann unter der Bildung einer feinen Narbe. Auch nach Behandlung, die entweder aus Injektionen von Goldpräparaten oder in einem Falle aus Finsenbestrahlungen bestand, trat in den meisten Fällen narbige Ausheilung ein. Bei unserm Kranken konnten wir für den größeren Teil des Herdes eine völlige Rückbildung des Prozesses ohne Narbenbildung und ohne Veränderungen erzielen. Indes sind die Krankheitsherde noch zu erkennen, da sie eine erhebliche Überpigmentierung aufweisen. Doch läßt der in den letzten Wochen beobachtete Rückgang der braunen Verfärbung noch eine völlige Restitutio ad integrum erhoffen.

Quellenangabe.

Besnier-Brocq-Jaquet: La Pratique Dermatologique Bd. 3, S. 389.

Kren: 1. Lupus erythematodes in Knotenform.
Archiv für Dermatologie Bd. 112, S. 391.

2. Lupus erythematodes in plattenförmigen Infiltrationen.
Archiv für Dermatologie Bd. 125, S. 174.

3. Lupus erythematodes mit cutanen Infiltrationen.
Zentralblatt für Hautkrankheiten Bd. 13, S. 135.

v. Ehrmann und Falkenstein: Über Lupus erythematodes. Archiv für Dermatologie Bd. 141, S. 408.

Saalfeldt: Lupus erythematodes hypertrophicus. Dermatologische Zeitschrift Bd. 16, S. 807.

Fischer: Ausgedehnter Lupus erythematodes des Kopfes mit cutan-subcutaner Infiltrations- und Knotenbildung am Rumpf und im Gesicht. Zentralblatt für Hautkrankheiten Bd. 26, S. 458.

Hoffmann: Lupus erythematodes tumidus. Dermatologische Zeitschrift, Bd. 16, S. 159.

Gohlisch: Lupus erythematodes profundus. Zentralblatt für Hautkrankheiten, Bd. 57, H. 1, S. 2.

Lebenslauf.

Ich, Heinz, Hermann, Gustav Conrad, bin geboren am 13. Dezember 1912 als Sohn des Chemikers Dr. Ludwig Conrad und seiner Frau Gertrude, geb. Bach.

Meine erste Schulausbildung erhielt ich an der Privatschule Lucius in Darmstadt. Ostern 1922 trat ich in die Sexta des Ludwig-Georg-Gymnasiums zu Darmstadt ein, welcher Anstalt ich bis Ostern 1928 angehörte. Nach dem 1926 erfolgten Ableben meines Vaters verzog meine Mutter 1928 nach München. Dort besuchte ich das Maximilians-Gymnasium und bestand an dieser Anstalt am 26 März 1931 die Reifeprüfung. Im Anschluß daran widmete ich mich dem Studium der Medizin in München. In Heidelberg bestand ich nach 5 semestrigem vorklinischem Studium das Physikum mit „gut". Am 1. Oktober 1933 trat ich als Sanitätsoffizieranwärter in das Reichsheer ein und diente und studierte das 6. Semester in Tübingen. Das 7. Semester sah mich in Königsberg, während ich das 8.—11. Semester in Berlin absolvierte, wo ich der Militärärztlichen Akademie angehörte. Am 29. September 1936 bestand ich dort das Medizinische Staatsexamen mit „gut".

Mit dem 1. Oktober 1936 wurde ich als Unterarzt an das Heeres-Standortlazerett Neumünster versetzt und war dort bis 31. Dezember 1936 auf der Inneren Abteilung tätig. Nach meiner zum 1. Januar 1937 erfolgten Versetzung an das Heeres-Standortlazarett München war ich bis zum 1. Mai 1937 der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke zur Dienstleisturg zugeteilt. Nach einmonatiger Tätigkeit auf der chirurgischen Abteilung des gleichen Lazaretts versehe ich seit 1. Juni wieder den Dienst auf der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke. An dieser Abteilung hatte ich Gelegenheit, die meiner Arbeit zugrundeliegenden eigenen Beobachtnngen zu sammeln.

Für die Überlassung des Themas, sowie die zahlreichen Anregungen während der Anfertigung meiner Arbeit bin ich Herrn Privatdozent Dr. Vonkennel dankbarst verpflichtet.